

Заявление
о согласии на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) по адресу _____
(адрес места жительства)
паспорт серия _____, номер _____, выданный _____
(кем выдан, дата выдачи)
являясь **родителем, законным представителем** несовершеннолетнего, **пациентом** (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, даю согласие Областному государственному автономному учреждению здравоохранения «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (далее оператор) на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего(ей) _____

(фамилия, имя, отчество)

с целью регистрации и обработки сведений согласно Устава Оператора, Лицензии на медицинскую деятельность. В том числе, необходимых для определения принадлежности пациента к числу застрахованных граждан и уточнения реквизитов страховых медицинских полисов обязательного медицинского страхования граждан; учета персональных данных пациентов

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по платным медицинским услугам. Оператором выполняется комплекс организационных и технических мер: пропускной режим; назначение приказом должностных лиц, допущенных к обработке персональных данных; ограничение доступа к рабочим местам, на которых обрабатываются персональные данные; учет носителей информации, хранение их в специально оборудованных местах. Применяются следующие средства обеспечения безопасности: стандартные механизмы идентификации сертифицированных операционных систем.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие (согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы): _____

Почтовый адрес: _____

Дата составления заявления «____» _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /

(расшифровка подписи)